

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

N° W19-515127

25142

CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09633 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAHRI MOHAMED

Date de naissance : 10-11-1970

Adresse : 392 LOT EL KHEIR

Tél. : 0665 307725 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : ACCUEIL SIEGE RAM Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : A. Bahri

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com


La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

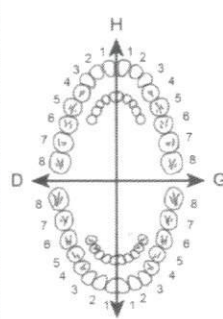
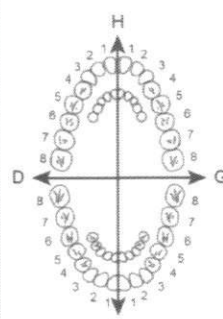
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 Sara HAIE Orthophoniste GSM: 06 14 81 58 50 h.s.ortho@gmail.com	29/11/19					600,00
	(Facture)					
	14/03/2020					250 x 23 = 5750,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																



ARWA BAHRI

04.12.2019	Séance 1
06.12.2019	Séance 2
11.12.2019	Séance 3
13.12.2019	Séance 4
16.12.2019	Séance 5
18.12.2019	Séance 6
03.01.2020	Séance 7
06.01.2020	Séance 8
08.01.2020	Séance 9
15.01.2020	Séance 10
16.01.2020	Séance 11
22.01.2020	Séance 12
29.01.2020	Séance 13
31.01.2020	Séance 14
05.02.2020	Séance 15
08.02.2020	Séance 16
11.02.2020	Séance 17
19.02.2020	Séance 18
22.02.2020	Séance 19
29.02.2020	Séance 20
04.03.2020	Séance 21
07.03.2020	Séance 22
14.03.2020	Séance 23

159, BOULEVARD BOURGOGNE, RESIDENCE SHWAN APRT 63, 5ème ETG. CASABLANCA

Tél. Maroc : +212 6 21 21 81 90 Mail : h.s.ortho@gmail.com

Identifiant à la taxe professionnelle n° 35691562

CIE : 001784838000041





FACTURE

BAHRI ARWA

FACTURE N°	17/2020
DATE	14/03/2020
DIAGNOSTIC	RETARD DU LANGAGE
NOMBRE DE SEANCES	23
PRIX UNITAIRE	250
TOTAL	250 x23 = 5750DH

Arrêtée la présente FACTURE à la somme De : CINQ MILLE SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS



SARA HAIE
Orthophoniste
GSM: 06 81 58 50
h.s.ortho@gmail.com



CCP P

DR AFAF BENITTO
PEDIATRE - NEUROPEDIATRE

CACHET ET SIGNATURE

CASABLANCA LE 05/10/2012

L'ENFANT

Bahri Arwa

NÉ(E) LE 11/10/2012

ET PRÉSENTANT

un encéphalopathie épileptique avec
retard global de développement

NÉCESSITE:

- ☒ UNE RÉÉDUCATION EN **ORTHOPHONIE** AU RYTHME DE 2 SÉANCES/SEMAINE, ET AU NOMBRE TOTAL DE 8 SÉANCES.
- ☐ UNE RÉÉDUCATION EN **PSYCHOMOTRICITÉ** AU RYTHME DE SÉANCES SEMAINE, ET AU NOMBRE TOTAL DE SÉANCES.
- ☐ UNE RÉÉDUCATION EN **KINÉSITHÉRAPIE** AU RYTHME DE SÉANCES SEMAINE, ET AU NOMBRE TOTAL DE SÉANCES.
- ☐ UNE RÉÉDUCATION EN **REMÉDIATION COGNITIVE** AU RYTHME DE SÉANCES SEMAINE, ET AU NOMBRE TOTAL DE SÉANCES.
- ☐ UNE PRISE EN CHARGE **PSYCHOLOGIQUE** AU RYTHME DE SÉANCES SEMAINE, ET AU NOMBRE TOTAL DE SÉANCES.





FACTURE

BAHRI ARWA

FACTURE N°	16/2020
DATE	29/11/2029
DIAGNOSTIC	RETARD DU LANGAGE
ACTE	BILAN ORTHOPHONIQUE
PRIX	600 DH

Arrêtée la présente FACTURE à la somme de : six cent dirhams



Sara HAIE
Orthophoniste
GSM: 0674 81 58 50
h.s.ortho@gmail.com